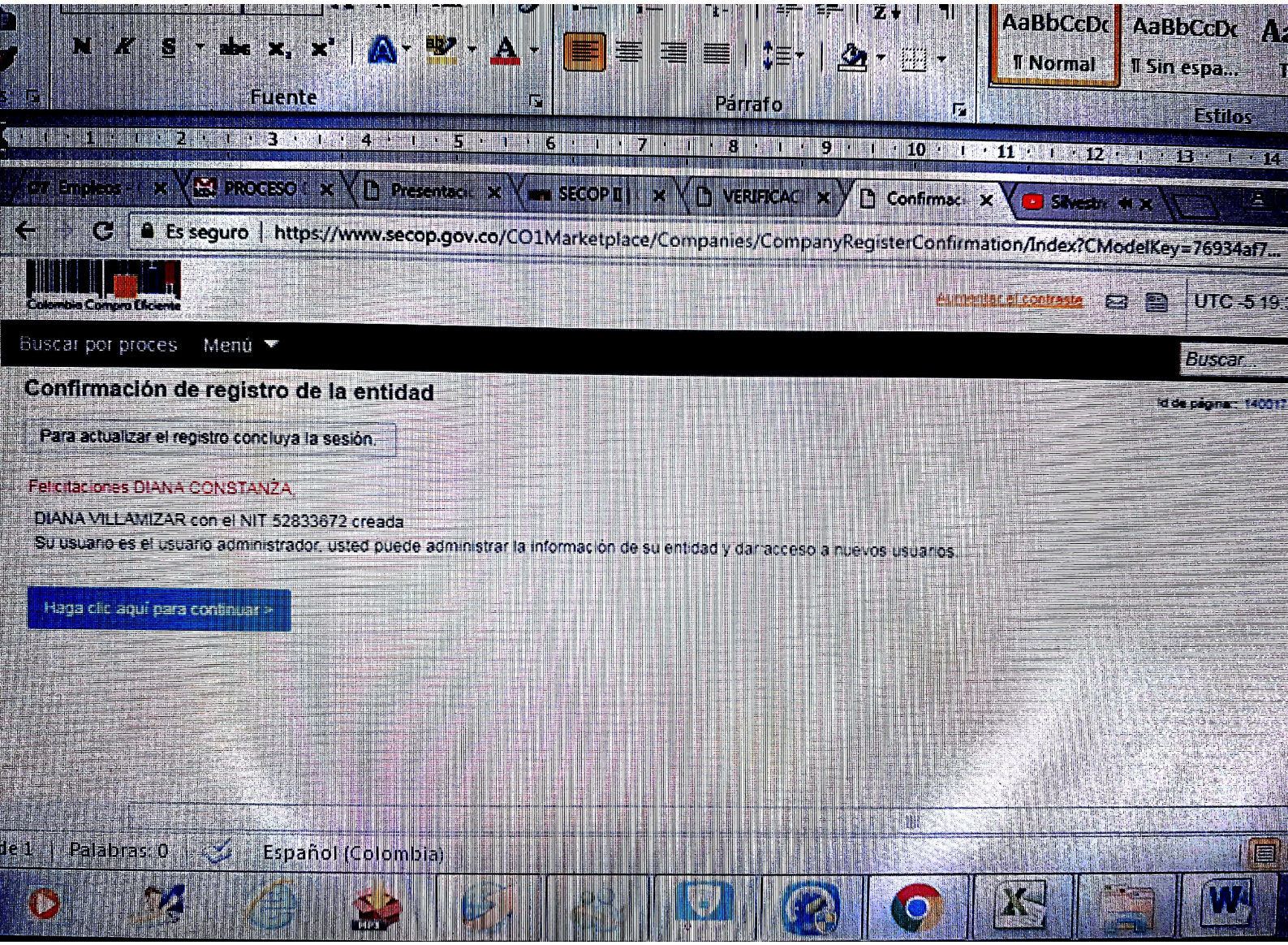


Scanned by CamScanner

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VILLAMIZAR	GONZALEZ	DIANA CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52833672

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 0,8 MES 0,9 AÑO 1,9,8,0

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 19 S N° 68 I 45 INT 4 APTO 101

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3103298923 EMAIL dianacvillamizarg@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 1,1 AÑO 1,9,9,8
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		ODONTOLOGA GENERAL	11	2003	52833672
ES	3	X		ADMON EN SALUD CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL	07	2013	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GRUPO DLM SAS ODONTOLOGIA MARLON BECERRA GALERIAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA	CUNDINAMARCA	gerenteombgalerias@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7036849 3017113488	DÍA 01 MES 11 AÑO 2017	DÍA 27 MES 02 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
COORDINADORA DE SEDE	ADMINISTRATIVO	CR 24 N° 53 - 66 PISO 2

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GRUPO EMPRESARIAL P&P CITYDENT CLINICAS DENTALES DE COL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C	N.A

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4931000 EXT 100	DÍA 26 MES 06 AÑO 2016	DÍA 31 MES 05 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GERENTE DE SEDE	ADMINISTRATIVO	CALLE 26 N° 69 D 91 OF 602

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE HOSPITAL CHAPINERO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C	N.A

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3005956367	DÍA 26 MES 06 AÑO 2013	DÍA 31 MES 01 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
REFERENTE SALUD ORAL	GESTIONPOLITICAS, PROGRAMAS E INTERSECTORIALIDAD	CALLE 94 C N° 57 40

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ARTE Y SONRISA SALUD ORAL IPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	FACATATIVA	arteysonrisa@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8901519 3105813494	DÍA 02 MES 03 AÑO 2012	DÍA 29 MES 02 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ODONTOLOGA GENERAL	ODONTOLOGIA	FACATATIVA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⓧ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

13-07-18.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 52933672 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : BOGOTA

DIRECCIÓN: CALLE 59 D # 68 I 45 | TELÉFONOS: 3103298973 - 4753815

MUNICIPIO: BOGOTÁ | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA | PAÍS: COLOMBIA.

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
MARIA ADELINA GONZALEZ VARGAS	41.588.156	MAMÁ

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [X], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron :

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 10.000.000 =
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$ 1.100.000 =
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	$ 11.100.000 =

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BBVA	AHORROS	391265832	GALERIAS	$ 0.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

Scanned by CamScanner

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO	$ 3.200.000=

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos :

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones :

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

BOGOTA 13-JUN-2013.
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Consejo Nacional de Acreditación

EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
SEGÚN PERSONERÍA JURÍDICA OTORGADA POR LA RESOLUCIÓN No. 1384 DEL 1º DE ABRIL DE 1975

confiere el título de **Odontóloga**

a **Diana Constanza Villamizar González**

Identificada con la C. C. No. 52 033.672 expedida en Santafé de Bogotá D.C

En testimonio de ello se expide el presente diploma en Bogotá a los 27

días del mes de Noviembre del año 2003 y lo refrenda con sello respectivo

Presidente Consejo Directivo

Rector

Decano

Secretario General

14 - MAYO - 20
25 - 1882

AUTENTICACIÓN DE COPIA DE ORIGINAL
11 ABR 2005
REPÚBLICA DE COLOMBIA

Scanned by CamScanner

Colegio Odontológico Colombiano

Consejo Directivo

Los suscritos Presidente y Secretaria del Consejo Directivo del Colegio Odontológico Colombiano expiden copia auténtica del Acta de Grado del

Alumno: ***DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ***
Portador de la C.C. No. 52,833,672 *expedida en Santafé de Bogotá, D.C.*
y que a la letra dice, Folio No. 18 *del Libro de Registro No.* 2
Registro diploma No. 9499 *Acta No.* 100

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre del año Dos mil tres (2003), en el Auditorio del Centro de Convenciones "Gonzalo Jiménez de Quesada", siendo las siete (7:00) p.m. y ante la presencia del Doctor JORGE ARANGO TAMAYO, Presidente del Consejo Directivo, del Doctor JORGE HERNANDO ARANGO MEJIA, Rector y de la Doctora ROSA ELENA ARANGO MEJIA, Secretaria General del Colegio Odontológico Colombiano, del Doctor ANDREW TAWSE-SMITH, Decano de la Facultad de Odontología - Bogotá D.C., del Doctor JAIRO FORERO MORALES, Decano de la Facultad de Odontología - Santiago de Cali, del Doctor FERNANDO GALINDO GONZÁLEZ, padrino de la Quincuagésima Octava (LVIII) Promoción, y demás Miembros del Consejo Directivo del Colegio Odontológico Colombiano, se llevó a cabo la ceremonia de grado de los alumnos que culminaron su programa académico y que por tanto cumplieron con la totalidad de requisitos exigidos en el Estatuto y los Reglamentos de la Institución.

El Señor Rector, tomó a los graduandos el juramento estatutario e hizo entrega a cada uno de ellos del Diploma de ***Odontólogo****, que otorga el Colegio Odontológico Colombiano, según aprobación contenida en la Resolución No. 18391 del 15 de Octubre de 1979 del Ministerio de Educación Nacional y renovada mediante Resolución No. 002150 del 15 de Octubre de 1987 del Señor Director del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) que los acredita para ejercer la profesión de Odontólogos en todo el Territorio Nacional de Colombia.*

Se deja constancia que el graduando tiene definida su situación militar según libreta No. del Distrito No. y que terminó estudios universitarios en el año 2003.

El Presidente (fdo.) JORGE ARANGO TAMAYO, la Secretaria (fdo.) ROSA ELENA ARANGO MEJÍA.

Hay sellos del Presidente y de la Secretaria. Es fiel copia tomada del original debidamente firmada y sellada. Dada en Bogotá D.C., a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año dos mil tres (2003).

AUTENTICACION DE COPIA DE ORIGINAL
Como Notario Cincuenta y Tres del Circulo de Bogotá
11 ABR 2005
EDUARDO [illegible] WIESNER
NOTARIO CINCUENTA Y TRES
REPUBLICA DE COLOMBIA
AUTENTICACIONES

JORGE ARANGO TAMAYO
Presidente

ROSA ELENA ARANGO MEJIA
Secretaria

Scanned by CamScanner

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERÍA JURÍDICA: RES. 73-12 DE DICIEMBRE 1.933 – MINGOBIERNO

EN ATENCIÓN A QUE

DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ

CC 52833672

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA
NOSOTROS, EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD, LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL
EXPEDIDO EN BOGOTÁ A LOS 02 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA · COLOMBIA ·

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO ACADÉMICO

DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

Pontificia Universidad JAVERIANA
Secretaría General

Este Diploma está registrado en el folio 114 del libro 42 de Actas de Grado, Acta N°.5484
Bogotá, 02 de junio de 2012
Secr. Gen. P.U.J.

No 143504

Scanned by CamScanner

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS

ACTA DE GRADO N° S.G- 5484

En la ciudad de Bogotá el día 2 del mes de junio de 2012 se llevó a cabo el acto de graduación en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

A

DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ

identificado(a) con CC N° 52833672 quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma N° 143504 que lo(a) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá, D.C. 2 de junio de 2012.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

Jairo H. Cifuentes Madrid
Secretario General

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Secretaría General
BOGOTÁ

188739

THOMAS GREG & SONS.

Scanned by CamScanner

CERTIFICADO

Que la Doctora **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ** identificada con

la Cédula de Ciudadanía No. **52.833.672** , asistió y aprobó el:

CURSO BÁSICO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Dictado en Bogotá D.C., los días: **30 – 31 Julio y 1 Agosto 2004**
Con Intensidad Horaria de **30** Horas

Radproct Ltda. Gerente

HÉCTOR FABIO CARDENAS COLLAZOS
Gerente de RADPROCT LTDA.
Licencia Min-Salud No.00637 del 24 de Marzo de 2000

Scanned by CamScanner

ASOCOC

Asociación de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano

C E R T I F I C A

Que el Dr(a): DIANA VILLAMIZAR GONZALEZ

Asistió al Encuentro Académico Colegial
tema "RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, HISTORIA CLINICA EJERCICIO RESPONSABLE – ETICO Y SEGURO EN ODONTOLOGIA "
Realizado el día 24 de Noviembre de 2006, con una intensidad de cuatro(4) horas.
Conferencista: DRA. CONSTANZA QUINTERO BUITRAGO

Bogotá D.C., Noviembre de 2006

DR. LEONARDO CALVACHE SANCHEZ
Presidente

DRA. LILIANA MELO PALMA
Secretaria

Scanned by CamScanner

ASOCOC

Asociación de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano

C E R T I F I C A

Que el Dr(a): DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ

Asistió al Encuentro Académico Colegial
tema "ANESTESIA GENERAL EN ODONTOLOGIA"
Realizado el día 29 de Septiembre de 2006, con una intensidad de cuatro (4) horas.
Conferencista: DR. ORLANDO ARTEAGA PESSELLINN

Bogotá D.C., Septiembre de 2006

DR. LEONARDO CALVACHE SANCHEZ
Presidente

DRA. LILIANA MELO PALMA
Secretaria

Scanned by CamScanner

3M Colombia S.A.

DIANA VILLAMIZAR

Asistió al seminario "Normas y principios de control de infecciones en el consultorio de Odontología"

Celebrado en las instalaciones de la sede administrativa 3M Colombia S.A. – Customer Center
Intensidad 4 Horas
Agosto 14 de 2006 Bogotá, D.C.

MARIA DEL PILAR ROJAS
Gerente de negocio 3M Médicos

DRA. VIVIANA BELTRAN
Coordinadora de Servicios profesionales
División Medica

Scanned by CamScanner

COLEGIO
ODONTOLOGICO
COLOMBIANO

CONCEDE EL CERTIFICADO DE ASISTENCIA A:

Diana Villamizar González

AL SIMPOSIO:

"UNA VISION ACTUALIZADA DE LA SALUD PERIODONTAL EN SURAMERICA"

Bogotá, Marzo 29 de 2006

Jorge Arango Mejía	***Rosa Elena Arango Mejía***	***Dr. Andrew Tawse-Smith***	***Dr. Rui Oppermann***
Rector	*Secretaria General*	*Decano*	*Director Facultad Odontología*
Colegio Odontológico Colombiano	*Colegio Odontológico Colombiano*	*Colegio Odontológico Colombiano*	*Universidad Federal de Brasil*

Scanned by CamScanner

ORTODONCISTAS ASOCIADOS LTDA

OTORGA EL PRESENTE RECONOCIMIENTO A:

Villamizar Diana Constanza

POR HABER ASISTIDO A LA CHARLA DE :

"Ciencia, Tecnología y Ficción en la Odontología Estética Contemporánea"

CON UNA INTENSIDAD DE 4 HORAS

EL DÍA 19 DE NOVIEMBRE DE 2005

Dr. OMAR VARGAS BELTRÁN
Conferencista

Dra. AIDA LUZ URIBE CARRASCAL
Coordinadora Académica

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBANO

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento,..."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ODONTOLOGA GENERAL

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: 52835612.

Tarjeta profesional No: 251888

Dirección de contacto: Cll 93 #68145

Teléfono: 3103298923.

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ADMINISTRADORA EN SALUD CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 52833672.

Tarjeta profesional No: 251888.

Dirección de contacto: Cll 195 #68145.

Teléfono: 3103298923.

Scanned by CamScanner

Odontología de
MARLON BECERRA®

BOGOTÁ, D, C. 05 de MARZO de 2018

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52.833.672. De BOGOTA** Laboró en **GRUPO DLM SAS, NIT: 900812677-5,** teniendo un **CONTRATO A TERMINO INDIFINIDO** desde el **01** de **NOVIEMBRE del 2017** hasta **27 FEBRERO 2018** desempeñando el cargo de **COORDINADORA DE SEDE.**

Para mayor información, se puede comunicar al teléfono **7036849**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 05 días del mes de FEBRERO de 2018 en la ciudad de Bogotá.

Cordialmente,

BLANCA NELLY CHAUSTRE
GERENTE GENERAL

Scanned by CamScanner

A QUIEN CORRESPONDA

Por medio de la presente certifico que la señora ***DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ*** *identificada con C.C.* ***52.833.672.*** *laboró para el* ***GRUPO EMPRESARIAL P&P S.A.S., con Nit. 900.170.4251****, desde 25 de Julio del 2016 hasta el 30 de Mayo del 2017 en el cargo de* ***GERENTE DE SEDE*** *con contrato a término indefinido.*

La anterior certificación se expide a solicitud de la interesada a los 05 días del mes de Junio del 2.017.

Cordialmente,

GRUPO EMPRESARIAL
P & P SAS
NIT 900 170 425-1
PBX: 493 1000

DRA. JENNY LOPEZ PUERTO
Recursos Humanos.
Av. Calle 26 N. 69D-91 oficina 601
Tel: 4931000 ext: 103
yelopu24@hotmail.com

Scanned by CamScanner

arte & sonrisa
SALUD ORAL LTDA.
NIT: 900.353.269-3

CERTIFICACION

SOFIA HERNANDEZ VARGAS Identificada con la cédula de ciudadanía No. 35.528.889 en representación legal de **ARTE Y SONRISA SALUD ORAL LTDA. NIT: 900.353.269-3.** Hace constar que **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ** identificado con cedula de ciudadanía número 52.833.672 de Bogotá D.C estuvo vinculado en nuestra entidad como ODONTÓLOGA GENERAL desde el 2 de Marzo de 2.012 al 29de Febrero de 2.013.

Dada en la ciudad de Facatativá a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio de 2.013.

Cordialmente:

SOFIA HERNANDEZ VARGAS
CC. 35.552.889
Gerente
Teléfono: 8901519 - 3105813494

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Norte E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Chapinero

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
Unidad Prestadora de Servicios de Salud Chapinero
NIT: 830.077.652-4

C E R T I F I C A:

Que, **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ** identificado/a con cedula de ciudadanía No **52.833.672,** celebro las ordenes de prestación de servicios con la unidad prestadora de servicios de salud Chapinero, cuyo objeto es prestar servicios profesionales especializados, referente salud oral en el programa territorios saludables de acuerdo a la siguiente información.

No de Orden	Plazo de Ejecución	Remuneración mensual
390/2013	Un (1) mes desde el 23 de Julio de 2013	$ 2.756.411
Adición	Nueve (9) días calendario más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Agosto de 2013.	$ 2.756.411
627/2013	Un (1) mes desde el 1 de Septiembre del 2013	$ 3.610.000
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Octubre de 2013	$ 3.610.000
Adición	Dos (2) meses y 15 días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 15 de Enero del 2014	$ 3.610.000
Adición	Quince (15) días más, por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Enero del 2014.	$ 3.610.000
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 28 de Febrero del 2014	$ 3.610.000
Adición	Dos (2) meses más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 30 de Abril del 2014	$ 3.610.000
Adición	Tres (3) meses más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 Julio del 2014	$ 3.610.000
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Agosto del 2014	$ 3.610.000
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 30 de Septiembre del 2014	$ 3.610.000
Adición	Diez (10) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 10 de Octubre de 2014	$ 3.610.000
Adición	Veinte (20) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Octubre de 2014	$ 3.610.000
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el	$ 3.610.000

Revisó: Helda Inés Carrillo Acosta
Elaboró: Jesús Alejandro Romero Beltrán

	30 de Noviembre del 2014	
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Diciembre del 2014	$ 3.610.000
Adición	Cinco (5) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 05 de Enero de 2015	$ 3.610.000
Adición	Veinticinco (25) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de Enero de 2015	$ 3.610.000
Adición	Dos (2) meses más, por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de marzo del 2015.	$ 3.610.000
098/2015	Tres (3) meses desde el 01 de Abril de 2015	$ 3.742.126
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será esta el 31 de julio de 2015	$ 3.742.126
Adición	Dos (2) meses más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 30 de septiembre de 2015	$ 3.742.126
Adición	Un (1) mes más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de octubre de 2015	$ 3.742.126
Adición	Quince (15) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 15 de noviembre de 2015	$ 3.742.126
Adición	Seis (6) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 21 de noviembre del 2015	$ 3.742.126
Adición	Nueve (9) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 30 de noviembre del 2015	$ 3.742.126
Adición	Un (1) mes y cinco (5) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 05 de enero de 2016	$ 3.742.126
Adición	Veinticinco (25) días más por lo tanto el plazo de ejecución será hasta el 31 de enero de 2016	$ 3.742.126

Las mencionadas ordenes de servicios no generan ningún vinculo laboral entre el Hospital y el Contratista, por lo tanto el Hospital no está obligado a pagar sumas de dinero al Contratista por concepto de prestaciones sociales, seguridad social, indemnizaciones o cualquier concepto distinto al valor de los honorarios establecidos en las citadas ordenes de prestación de servicios.

Se expide en Bogotá, el 30 de junio de 2016, a solicitud del interesado para ser presentada a quien interese.

HELDA INES CARRILLO ACOSTA
Abogada OPS 373 de 2016

Revisó: Helda Inés Carrillo Acosta
Elaboró: Jesús Alejandro Romero Beltrán

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.833.672**
VILLAMIZAR GONZALEZ

APELLIDOS
DIANA CONSTANZA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1980**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

07-NOV-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1528000-00068523-F-0052833672-20080911 0003219175A 1 1950001315

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14334201191

(415)7707212489984(8020) 000001433420119 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 8 3 3 6 7 2 – 3

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá (3 2)

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 8 3 3 6 7 2	1 9 9 8 1 1 0 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILLAMIZAR	GONZALEZ	DIANA	CONSTANZA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 19 SUR 68 I 45

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
conilin80@hotmail.com		4 2 0 6 1 8 5	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 0 6 0 2 0 9					2 2 2 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 0 4 2 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VILLAMIZAR GONZALEZ DIANA CONSTANZA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 01-02-2016
Hora: 2:16:01 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52833672-3 DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ

Información General

Dirección CL 19 SUR 68 I 45

Teléfonos 4206185 - 3103298923

Dirección electrónica conilin80@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 16/07/2013

Soporte Inscripción 15569129

Fecha Inicio Actividades 09/02/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86221-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SAL

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

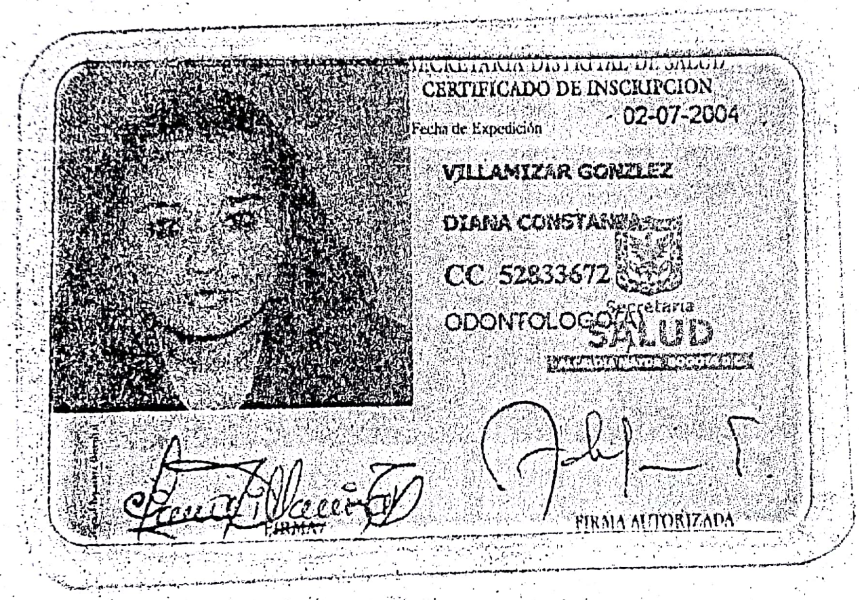
Código de Verificación de Información: 16000497472

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 02-07-2004
VILLAMIZAR GONZLEZ
DIANA CONSTANZA
CC 52833672
ODONTOLOGO(A)
Secretaría SALUD
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

Scanned by CamScanner

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25 1886 DE 2004
(14 MAYO 2004)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956, del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O:

Que **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ,** con cédula de ciudadanía **No. 52.833.672 de Santafé de Bogotá, D.C.,** ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **ODONTOLOGA, TITULO** que le otorgó **EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO, BOGOTA, D,C., SEGÚN ACTA No.100, DE FECHA 27 DE NOVIEMBRE DE 2003.**

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado **con el No.9499, folio 18, libro 2, por la Secretaria de la Universidad, Bogotá, D.C., del 27 de Noviembre de 2003.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante Acuerdo No.001 del 16 de Febrero de 2004, aprobó la realización de un Sorteo para la adjudicación de Plazas de Servicio Social Obligatorio, para profesionales egresados de los programas universitarios en **Odontología, Bacteriología y Enfermería,** Sorteo que fue delegado en las Direcciones Departamentales de Salud.

Que el Sorteo se llevó acabo en las Instalaciones de la Gobernación de Cundinamarca, el 16 de Abril de 2004, a las 9:30 a.m.

Que **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ,** participó en el Sorteo antes indicado y no salió favorecido (a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede autorizar el ejercicio de su Profesión.

R E S U E L V E:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 52.833.672 de Santafé de Bogotá, D.C.,** para ejercer la profesión como **ODONTOLOGA,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 14 MAYO 2004

JAIME ARMANDO GUERRERO GUERRERO
Secretario de Salud

Patricia Y./ Vo. Bo. Dirección Asuntos Juridicos.

Scanned by CamScanner

Primer Apellido *

villamizar

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52833672	CONSTANZA		VILLAMIZAR	GONZALEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 52833672] CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Odontología	2004/5/14	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de

x: +57(1) 330 5050
. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
rnada continua
5071 - 24 horas

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 5893750 Resto del pais: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Scanned by CamScanner

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

DESARROLLO DE FUNCIÓN PÚBLICA CUMPLIMIENTO LEY 35 DE 1989 FRXX

TNEO-01178 -2018
Pág. 1/1

LA SUSCRITA ABOGADA SECRETARIA DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

HACE CONSTAR:

Que la persona identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.833.672 NO REGISTRA ANTECEDENTES por violación del estatuto ético de la odontología (Ley 35 de 1989) dentro de los cinco (5) años anteriores, de acuerdo con los registros de antecedentes de la base de datos de los Tribunales de Ética Odontológica, según consulta realizada el día 03 de agosto de 2018 a las 04:30 pm.

Esta constancia NO acredita la calidad de odontólogo ni la habilitación, que constituyen requisitos indispensables para el ejercicio de la odontología en Colombia de acuerdo con lo establecido en la Ley 35 de 1989 y en la Resolución No. 2003 de 2014, respectivamente.

Esta constancia es válida siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación coincida con el aquí registrado.

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA
SECRETARIA
ABOGADA

EDDY MERCEDES TAPIAS ARENAS
Abogada Secretaria

Proyectó/Elaboró: Jennifer Bravo
Aprobó: Eddy Mercedes Tapias Arenas
Anexos: N/A

Scanned by CamScanner

Fiebre Amarilla = 16 ABR. 2009 OS152/09-2010.

VACUNAS	FECHA DE VACUNACION								
	I DOSIS	II DOSIS	III DOSIS	REFUERZO	REFUERZO	EDAD	PESO	TALLA	P. C.
B. C. G.									
D. P. T.									
Poliomielitis									
Sarampión									
Paperas									
Rubeola									
M. M. R.									
Hemopylus (Meningitis)									
Hepatitis B	8 II 01	9 III 0	9 IV 01	2 IV 02	28 FEB. 2009				
Influenza (Gripa)									
Meningococo									
Varicela									
T.D. 1)	28 FEB. 2009								
2)	16 ABR. 2009								
3)	23 OCT. 2009								
4)	23 Oct 2010								
5)									

Engerix-B® 10 mcg iny. Vacuna Hepatitis B (rDNA) Timerosal 1 ml (20 µg - 1 dosis adulta) Inyección intramuscular. Antes de usar, lea las instrucciones adjuntas. Guardar a 2-8 °C. Atención: No congelar. Reg. Sanitario No. INVIMA 2006 M-0006743 Rerna >B- 1 mL

1 vial contiene Antígeno de superficie de hepatitis B 20 µg Hidróxido de aluminio (adyuvante) 0,5 mg (Al) Lt. No.: 0431024 Fab. : 2008.05.19 Exc. : 2011.05.18 Importador: Biotoscana S.A., Colombia Berna Biotech Korea Corp.

Grupo Sanguíneo ☐ Rh ☐

Firma

Dr. Miguel Viana B.
M.D. Pediatra
Tels: 2859721 - 2851187
Cel. 031 2860021

Scanned by CamScanner

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN:	INGRESO	FECHA CERTIFICADO:	30/10/2017 9:34:05 AM	EMPRESA:	PARTICULAR	CARGO	COORDINADORA DE SEDE
NOMBRE:	DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ	CEDULA:	52833672 -	EDAD	37 Años	TELEFONO	3103298923

CONCEPTO APTITUD

CONCEPTO	SI	CONCEPTO	SI
APTO	X		
ESPECIFIQUE			

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X

RECOMENDACIONES

1.	HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA VERTEBRAL - PAUSAS ACTIVAS -- CONTINUAR CON EL USO DE CORRECCCIÓN VISUAL- CONTROL PERIODICO POR MEDICINA OCUPACIONAL.
2.	
3.	

REMISION A EPS: NO

Yo, DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ identificado(a) con C.C. No.52833672, de manera libre y voluntaria autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion en Salud y Seguridad en el trabajo.

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO2174 DE 1996 Y RESOLUCION 1918 DE 2009.

Dr. Sabas Gomez MD. Espec. S.O. Lic.12866/2011 R.M. 73116631 Médico Especialista	[redacted] Aspirante o Trabajador
SABAS DANIEL GOMEZ CUENTAS R.M. 73116631 L.S.O. 12866	DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ C.C. No.:52833672

FOR-PSI-02

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-07-13	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	X	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
VILLAMIZAR	GONZALEZ	DIANA	CONSTANZA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52833672	BOGOTA	1998-11-07
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1980-09-08	BOGOTA	COLOMBIA	X

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X VIUDO(A) CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3103298923

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO X	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL: ADMINISTRACION EN SALUD CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL	ODONTOLOGA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 19 SU Nº 68 45	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4753815

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dianacvillamizarg@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR X	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO X	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA X	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . ☐	

CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BETANCOURT	RIVERA	LUZ	AMANDA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	BOGOTA	TIA POLITICA	3114735684

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	CUENTA AHORROS	391265832	GALERIAS	3808114

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

ODONTOLOGA

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionados: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento

Scanned by CamScanner

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

Scanned by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	03
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: VILLAMIZAR	Segundo Apellido: GONZALEZ	Primer Nombre: DIANA	Segundo Nombre: CONSTANZA
7. Tipo de documento de identidad: CC	**8. Número de documento de identidad:** 52833672	**9. Sexo** Femenino [X] Masculino [ ]	**10. Fecha de nacimiento:** 18 06 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				No cotiza	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$781.242.-	CALLE 19 # 69 apto 403	INT 4 APTO 101	4758815 Teléfono fijo	3133589723 Teléfono celular
dianavillamizargonzalez@gmail.com Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	BOGOTA DC Departamento	Zona Urbana [X] Rural [ ]	KENNEDY Localidad / Comuna

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre: 52833672	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	**21. Número de documento de identidad**	**22. Sexo** Femenino [ ] Masculino [ ]	**23. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot		
B	Cra 32	
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
	52833672

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario en la entidad a afiliación de oficio. [ ]

B
14-JUL-2018
Cod. 621 Nadina V. Rubiano S.
SUJETO A VERIFICACION

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Apoyo Julio Pedro X Planilla

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

Scanned by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,833,672**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Julio de 2018.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52833672		SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento		ARL

DIANA	CONSTANZA	VILLAMIZAR	GONZALEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

08/09/1980	BOGOTA	CALLE 19 SUR N° 68 I 45	4753815
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	PORVENIR	2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

ODONTOLOGO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

dianacvillamizarg@gmai.com	3103298923
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 112265192

WEB
11:06:38

Bogotá DC, 13 de julio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52833672:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 13 de julio de 2018, a las 11:17:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52833672
Código de Verificación	528336721807131117 53

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2326312

Bogotá D.C., 13 de Julio de 2018 - 11:20 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR GONZALEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

52833672

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

HELMULT DIONEY VALLEJO TUNJO
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_618N_2011
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:50:11 horas del 13/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52833672**
Apellidos y Nombres: **VILLAMIZAR GONZALEZ DIANA CONSTANZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8.00 am - 12.00 pm y 2.00 pm - 5.00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail lineadirecta@policia.gov.co.

Scanned by CamScanner

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

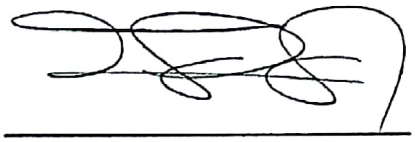
Que nuestro(a) cliente **DIANA CONSTANZA VILLAMIZAR,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 52.833.672** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 391265832** aperturada el **08 de noviembre del 2017,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **21** días del mes de **mayo** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0391265832**
Cuenta de 16 dígitos: **0391000200265832**
Cuenta de 20 dígitos: **00130391000200265832**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by CamScanner